

La modernización de la clínica*

ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG**

La capacidad de evolucionar en paralelismo con el desarrollo define a la modernización. Modernizar es dar forma o aspecto moderno a las cosas antiguas. Mediante la modernización (proceso) se puede alcanzar la modernidad (producto), que no es más que estar de acuerdo con los tiempos. Aunque la modernización es una adaptación anticipatoria al futuro, no puede excluir al pasado, sino que toma lo mejor de éste y desecha lo obsoleto. Debe diferenciarse del modernismo, que es la afición excesiva por las cosas modernas con desprecio de las antiguas, y de las vanguardias que, en un audaz empeño por avanzar, pueden caer en la incongruencia. Si la modernidad no se puede considerar el estado de mayor avance, si es, en cambio, el más armónico.

La modernización está íntimamente ligada al progreso, que marca el ritmo del avance. Si en este marco, alguna disciplina no camina o lo hace con menos velocidad, enfrenta el riesgo de desaparecer, de manera que el rezago puede ser presagio de la disolución. Aunque la modernización, efectivamente, se estructura a partir del pasado, permanecer anclado en él equivale a ser excluido.

En esta era de avance tecnológico acelerado, el ritmo del progreso parece marcarlo la emergencia de artefactos, que van substituyendo a los procedimientos menos eficientes. Sin embargo, a veces esta supremacía resulta ser un espejismo respaldado tan sólo por una promoción ingeniosa, o bien ocurre que la aparición del artefacto no se acompaña de las modificaciones pertinentes en el

entorno. Por ello, conviene adoptar una postura crítica ante la tecnología emergente, para no perder lo consagrado sin substituirlo ventajosamente. En esta actitud crítica, tan dañino resulta caer en el extremo del deslumbramiento como en el del empecinamiento conservador.

El proceder clínico tradicional parece ir cediendo lugar a la tecnología compleja, en la medida en que lo supera en objetividad, reproducibilidad, precisión, confiabilidad, sensibilidad, especificidad, eficiencia y valores de predicción, pero también en la medida en que los clínicos no hemos logrado hacer evolucionar nuestra disciplina. El clavo ardiente del que se agarra la clínica tradicional son las necesidades afectivas del enfermo, que se satisfacen con la relación médico-paciente.

Esta aportación sostiene la tesis de que la práctica clínica tradicional no tiene por qué desaparecer, sino que debe evolucionar, en tanto que enfrente racionalmente su relación con la tecnología compleja e incorpore los avances que han ocurrido en otras disciplinas.

La práctica contemporánea de la clínica

La observación de los clínicos en acción muestra hoy día un patrón que traduce una posición incierta en el contexto del progreso. Como suele suceder, el menor esfuerzo conduce la tendencia a transferir la responsabilidad de las decisiones a factores externos al propio médico, de modo que los modernos métodos de diagnóstico han logrado imponerse. El clínico de hoy, acaso, es un intermediario entre el paciente y los artefactos, y tan sólo traduce la información que éstos le dan; tiende a perder la dirección del proceso, obedeciendo solamente a los rígidos algoritmos que la tecnología moderna ha diseñado. Sigue encadenado al diagnóstico nosológico como *desideratum*, acep-

* Trabajo presentado en el Simposio: "La historia de la clínica: Ayer, hoy y mañana", el día 5 de agosto de 1992.

** Académico numerario

Jefe de Servicios de Educación Médica, Subdirección General Médica, IMSS. Av. Cuauhtémoc N° 330, 06720 México, D. F.

tando que lo importante es ponerle nombre a los sufrimientos del paciente, pues espera que, a partir de este nombre, surja automáticamente la conducta terapéutica que debe aplicar y pueda seleccionar el casillero del pronóstico que corresponde. Se ha olvidado de lo que aprendió sobre ciencias básicas, pues no reconoce en su actividad cotidiana la necesidad de recordar lo que fue tan sólo un requisito para continuar la licenciatura, y su perfeccionamiento se basa exclusivamente en la experiencia, en la exposición a multitud de casos, de modo que, aún inadvertidamente, va identificando semejanzas y va esforzando su conducta, mediante un aprendizaje basado en reflejos condicionados.

No faltará quien interprete que la modernización es precisamente eso: cederle el lugar a la tecnología compleja, tecnificar la práctica de la medicina (en el sentido de convertirla en una actividad técnica), simplificar los esquemas para poder aplicarlos con rigidez, propone "recetas" para el diagnóstico y el tratamiento de cada enfermedad; asumir el papel de un trabajador de la medicina más que de un científico o un humanista; convertir a su práctica en un simple modo de ganar la vida con criterios de eficiencia económica.

Nuestra propuesta es diferente; la modernización es, como dice Octavio Paz, sobre todo "reconciliación con nuestras tradiciones y con nosotros mismos". Yo diría que es rescatar las cualidades de la clínica tradicional, renovarlas, actualizarlas, adecuarlas a los tiempos, depurarlas, afinarlas aprovechando el progreso; es utilizar los medios modernos auténticamente en favor del paciente; es renovar el compromiso con los valores supremos de nuestra profesión; es incorporar la actividad clínica a las corrientes contemporáneas sin que pierda su esencia.

Algunas propuestas

Para no plantear tan sólo un enunciado conceptual, conviene concretar algunas propuestas que ejemplifiquen el camino que se puede seguir.

1. Validación de los signos tradicionales

La mayor parte de los signos clínicos aún vigentes fueron descritos originalmente en una época en la que no existía el rigor metodológico de hoy, ni el conocimiento de fisiopatología que tenemos actualmente. La asociación de un signo con una enfermedad concreta se propuso con base en la experiencia personal de un clínico o de un grupo de ellos, no necesariamente con una explicación del mecanismo de su producción. El catálogo de signos es muy

amplio, pero obviamente no está completo y, seguramente, incluye muchos que carecen de valor diagnóstico. Hoy en día contamos no sólo con la metodología estadística que nos permite calcular la sensibilidad, especificidad y valores de predicción de los signos clínicos, sino también con los métodos y técnicas que puedan utilizarse como estándar de oro para este cálculo. Una tarea en la modernización de la clínica es, pues, validar los signos clínicos tradicionales, a modo de rejerarquizar los que demuestren valor en estos índices y desechar definitivamente los que resulten inútiles. En otras palabras, contamos con los medios para depurar nuestro cuadro básico de signos; además, tenemos suficiente información para intentar una explicación fisiopatológica de los que resulten válidos.

Ya se ha hecho algo en este sentido, por ejemplo, con el reflujo hepatoyugular para el diagnóstico de la regurgitación tricúspide, con la percusión para diagnosticar cardiomegalia y con la maniobra de Rivero-Carvalho, que han demostrado tener altos índices de sensibilidad, especificidad y valores de predicción.

2. Enfoque fisiopatológico y etiopatogénico en la práctica de la clínica

La capacidad de entender al paciente en el más amplio sentido es una de las cualidades del clínico, y difícilmente va a poder ser sustituida alguna vez. La responsabilidad del médico es ayudar al paciente a recuperar su salud o a aliviar sus sufrimientos; por lo tanto, no se restringe a ponerle nombre de enfermedad a su padecimiento y a seleccionar, de entre un catálogo, un tratamiento preformulado. La mejor manera de ayudar se deriva de comprender a plenitud lo que está ocurriendo; por ello, en vez de preguntarse cómo se llama la enfermedad, el clínico tendría que reproducir en su mente la secuencia de eventos que llevaron al paciente a su estado actual, y a partir de este esquema, decidir la ayuda que va a proporcionar. Esto no puede realizarse sin un amplio conocimiento de las ciencias básicas de la medicina, pues ningún caso concreto está previamente descrito en ningún libro, ya que cada paciente es único y requiere un trato específico.

3. Clinimetría

El término clinimetría fue acuñado por Feinstein para referirse a la medición de los fenómenos clínicos. Tradicionalmente se admite que muchos de los datos clínicos no pueden ser medidos, pues representan variables nominales, y se ha optado más bien por descripciones. Esta ha sido una limitación no sólo para mejorar la objetividad de las

apreciaciones clínicas, sino para comunicar experiencia y para manejar científicamente los datos de la clínica. Sin embargo, ya hay varios estudios que muestran alternativas para la medición dimensional y que acercan a la clínica a otras disciplinas científicas. Hoy en día se puede estimar la magnitud de un fenómeno clínico a través, por ejemplo, de cuántas tabletas o inyecciones requiere el paciente para controlarlo, cuántos días lo incapacita, cuántas acciones le impide hacer, cuánto dura, cuántas veces aparece en un período. Todo el mundo utiliza hoy la clasificación funcional de las enfermedades cardíacas de la *New York Heart Association*; actualmente, más que describir el estado de alerta de un paciente como sopor, estupor, semicoma o coma, se expresa por el número de una escala. La más utilizada es la de Glasgow, que con una sola cifra expresa una serie de características del paciente y en la proporción en que esta cifra aumenta o disminuye, en esa misma proporción el estado de alerta del paciente mejora o empeora. Desde hace muchos años se utiliza el índice de Apgar para cuantificar las características de un recién nacido, y como éstos hay muchos ejemplos más. La modernización de la clínica incluye, pues, estrategias para cuantificar los datos clínicos y poderlos manejar con más objetividad.

4. Simplificación postecnológica

Esta propuesta constituye una posibilidad de abordar racionalmente el aprovechamiento de la tecnología compleja, y es una alternativa que se opone a las que a menudo se observan en la práctica cotidiana. Parecería que la substitución del proceso propédeutico, tan laborioso y tan subjetivo, por la aplicación de un recurso tecnológico moderno que lo aventaja en rapidez, objetividad y precisión, es un paso en favor del enfermo. Esto ha propiciado que, a partir de un enfoque inicial, se aplique al paciente el procedimiento diagnóstico más sensible y específico, y que, a partir de él se tomen las decisiones. Así, la cefalea indica practicar una tomografía computarizada del cráneo, y la lumbalgia un estudio de resonancia magnética de columna vertebral. Sin embargo, al margen de la ineficiencia obvia de esta forma de proceder, esta conducta tiene también muchas otras desventajas, entre ellas que toda la atención a estos pacientes se paralizaría al descomponerse el aparato, o cuando se carezca del recurso en cuestión. Además, ningún sistema de salud soportaría el costo de una estrategia así.

La simplificación postecnológica implica un avance hacia el uso óptimo de la tecnología diagnóstica, pues consiste en utilizarla no sólo para la confirmación del

diagnóstico, sino para retroinformar y perfeccionar el propio proceso propédeutico, de manera que, eventualmente, pueda prescindirse de la tecnología compleja, si es que se alcanza tal grado de perfección.

5. La metodología clínica

Este enunciado seguramente evoca tan sólo a la propédeutica en la mayoría de los médicos, pues la clínica se ha identificado más con una técnica de recolección de datos y, acaso, un adiestramiento en el razonamiento analógico, que permita comparar lo que el paciente tiene con las descripciones de las enfermedades. Sin embargo, el oficio del clínico abarca una gran cantidad de destrezas adicionales, que tienden a irse adquiriendo insensiblemente durante la práctica sólo con base en la experiencia. Ello se ha debido, en parte, a que durante mucho tiempo se desconocieron los mecanismos del pensamiento clínico, lo que se ha ido desentrañando como un subproducto de la aplicación de la computación a la práctica médica. Hoy en día es posible sistematizar y enseñar las diversas estrategias diagnósticas, la teoría de las decisiones terapéuticas, la cuantificación del pronóstico, la estimación de la utilidad de las pruebas diagnósticas, la selección de la mejor terapéutica, la evaluación de los resultados del tratamiento, la aplicación oportuna de los avances científicos y tecnológicos a las labores clínicas, entre otros. La modernización de la clínica implica la incorporación temprana de estos contenidos de aprendizaje en la formación de los clínicos.

6. Comunicación de las experiencias clínicas

El rigor metodológico que exigen hoy en día los cuerpos editoriales de las revistas médicas ha limitado la participación de los clínicos en la comunicación de sus experiencias, que suelen ser rechazadas por anecdóticas. Esto ha limitado las aportaciones de los clínicos al progreso de su disciplina. Aquí la propuesta es la de abrir nuevos espacios que permitan esta comunicación, aplicando criterios diferentes de los que se utilizan para evaluar los trabajos de investigación experimental, pero desde luego con la misma responsabilidad que implica una publicación médica.

7. La terapéutica como experimento

Siguiendo la idea de que el propósito fundamental del clínico es ayudar al enfermo a recuperar la salud o a disminuir el sufrimiento, la terapéutica adquiere la jerar-

quía que le corresponde pues, al fin y al cabo, el diagnóstico no es más que un paso, un tanto artificioso, que es necesario dar para seleccionar una mejor terapéutica. Más aún, en la decisión terapéutica está implícito el pronóstico, pues en ella el clínico tiene que considerar las posibilidades que tiene el paciente de superar su enfermedad, con o sin ayuda. Por tanto, de las funciones de la clínica, la terapéutica es la que define mejor su propósito básico.

La terapéutica de cartabón, la que se asigna en función de la enfermedad y no en función del enfermo, ha generado estereotipos y costumbres que se admiten como válidos tan sólo porque los ha sancionado el tiempo. Pero en cuanto se ha hurgado un poco, aplicando metodología que intenta acercarse a la verdad, se ha visto que muchas de estas rutinas son innecesarias, si no es que dañinas. Todos sabemos que muchos enfermos se curan a pesar del médico y su terapéutica. La modernización consiste en convertir a cada acto terapéutico en un verdadero experimento, en el que se trabaje por la recuperación de la salud del enfermo pero también se avance en averiguar la verdad, mediante las reglas del método experimental, que resultan perfectamente aplicables en la mayoría de los casos, sin perjuicio para el paciente.

8. Desarrollo de investigación clínica por los clínicos

El clínico se considera a sí mismo comprometido tan sólo con su enfermo, el de ese momento, y no siempre tiene conciencia de su compromiso con los que vienen, con sus futuros enfermos. De esta actitud surge, por ejemplo, el despido de recursos. El compromiso con la verdad no

siempre está en la estructura mental del clínico porque, por tradición, tiene sólo la conciencia de su responsabilidad ante el enfermo, y considera que su actividad es demasiado humana para ser enfocada científicamente. Sin embargo, el enfermo es una unidad de estudio en el campo de la ciencia; los datos proporcionados por los métodos de la propedéutica tradicional se pueden manejar como datos científicos y las actividades clínicas se pueden convertir en actos de investigación, si los clínicos cuestionamos juiciosamente los conocimientos establecidos, buscamos constantemente nuevas soluciones, nos ajustamos a una disciplina metodológica estricta y nos convertimos en autocríticos severos. La modernización incluye el compromiso con la verdad, manteniendo o reforzando el compromiso con los enfermos, que se beneficiarían con tal verdad.

Epílogo

Feinstein dice que “el médico que teme ser sustituido por una computadora, merece ser sustituido por una computadora”; se puede decir que la actividad clínica merecerá ser sustituida por la tecnología compleja en la medida en que no evolucione, en que se autodenigre, en que se someta irreflexivamente a los dictados de los intereses que respaldan la creciente tecnificación de la atención médica. Y no se trata de preservar una tradición inútil o de rescatar una posición social que se ha tenido en el pasado, sino auténticamente; de adaptarse a los tiempos, pero sin ceder un ápice en los principios y valores fundamentales que le dan sentido a nuestra profesión.